



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA

OBJETO: CONTRATAR EMPRESA OU PROFISSIONAL ESPECIALIZADOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS OFTALMOGICOS - CATARATA.

JUSTIFICATIVA: Em atenção ao posto na RESOLUÇÃO ADMINISTRATIVA Nº 43/2017/TCM-PA, de 19 de dezembro de 2017 vimos apresentar justificativa, para proceder com a CONTRATAÇÃO DE EMPRESA OU PROFISSIONAL ESPECIALIZADOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CURÚRGICOS ELETIVOS OFTALMOGICOS – CATARATA, em conformidade com a legislação pertinente, especialmente Lei Federal 8.666/93 e suas posteriores alterações. Além da legislação será utilizado a PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 2.567 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2016.

A Prefeitura Municipal de Baião/Secretaria Municipal de Saúde, através de seu SECRETARIO, **EDILSON VIEIRA RAMOS** vem informar que **A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAR PROCEDIMENTOS CURÚRGICOS ELETIVOS OFTALMOLOGICOS - CATARATA**, faz-se necessário para atender a necessidade de se fornecer a população do Município de Baião, Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, uma vez que os recursos orçamentários da portaria Nº 1996 de 26 de Julho de 2019 do GM/MS em anexo, correção por conta do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho-10.302.2015.8585- Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Componentes do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Após levantamento vimos que há a necessidade de se fornecer a população do município de Baião tais procedimentos. No entanto, a secretaria de Saúde não dispõe de estrutura adequada e profissionais para prestar esse tipo de serviço a seus usuários. Contudo, levando em consideração o custo benefício, estima-se que será menos oneroso para a gestão pública a contratação de empresas e/ou profissionais especializadas para prestar esse serviço. A presente licitação baseia-se no TERMO DE REFERENCIA por esta secretaria municipal de Saúde.

Em decorrência de termos que prestar atendimento, in loco, solicitamos que tais procedimentos sejam realizados dentro da sede do município de Baião e com isso evitar transtornos a população.

Baião - Pará, 19 de Dezembro de 2019.

Edilson Vieira Ramos
Secretario Municipal de Saúde

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Procedimento

Procedimento: 04.05.05.002-0 - CAPSULOTOMIA A YAG LASER

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão

Forma de Organização: 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino

Competência: 11/2019

☒ Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial

Complexidade: Média Complexidade

Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Instrumento de Registro: APAC (Proc. Principal)

Sexo: Ambos

Média de Permanência:

Tempo de Permanência:

Quantidade Máxima: 2

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos:

Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Cirurgias Eletivas

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 78,75

Serviço Hospitalar: R\$ 0,00

Total Ambulatorial: R\$ 78,75

Serviço Profissional: R\$ 0,00

Total Hospitalar: R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condição	Renases	TUSO
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	----------------	---------	------

Descrição

CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA TRATAMENTO A LASER DE OPACIDADES CAPSULARES RETRO LENTICULARES.

ALEXANDRE
LUIS DA CRUZ
MEDEIROS:52
015319204

Assinado de forma
digital por ALEXANDRE
LUIS DA CRUZ
MEDEIROS:5201531920
4
Dados: 2019.11.19
08:23:59 -03'00'



Usuário: público

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

■ Procedimento

Procedimento: 04.05.05.001-1 - CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão

Forma de Organização: 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino

Competência: 11/2019

☒ Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia

Complexidade: Média Complexidade

Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal) APAC (Proc. Principal)

Sexo: Ambos

Média de Permanência: 1

Tempo de Permanência:

Quantidade Máxima: 1

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos: 150

Atributos Complementares: Admite permanência à maior Cirurgias Eletivas

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 180,45

Serviço Hospitalar: R\$ 148,01

Total Ambulatorial: R\$ 180,45

Serviço Profissional: R\$ 101,84

Total Hospitalar: R\$ 249,85

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS), PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO (NÃO A LASER) DE OPACIDADES CAPSULARES RETRO LENTICULARES.

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

■ Procedimento

Procedimento: 04.05.05.019-4 - IRIDOTOMIA A LASER

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão

Forma de Organização: 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino

Competência: 11/2019

 Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial

Complexidade: Média Complexidade

Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Instrumento de Registro: APAC (Proc. Principal)

Sexo: Ambos

Média de Permanência:

Tempo de Permanência:

Quantidade Máxima: 2

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos:

Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Cirurgias Eletivas

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 45,00

Serviço Hospitalar: R\$ 0,00

Total Ambulatorial: R\$ 45,00

Serviço Profissional: R\$ 0,00

Total Hospitalar: R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TISS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, A LASER, PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA.

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

■ Procedimento

Procedimento: 04.05.03.019-3 - PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão
Forma de Organização: 03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera

Competência: 11/2019 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar
Complexidade: Média Complexidade
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal) AIH (Proc. Especial) APAC (Proc. Principal) APAC (Proc. Secundário)
Sexo: Ambos
Média de Permanência: 1
Tempo de Permanência:
Quantidade Máxima: 2
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos
Ponto: 450
Atributos: Inclui valor da anestesia Admite permanência à maior Cirurgias
Complementares: Eletivas Permite Informação de Equipe Cirúrgica

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 300,60	Serviço Hospitalar:	R\$ 180,36
Total Ambulatorial:	R\$ 300,60	Serviço Profissional:	R\$ 120,24
		Total Hospitalar:	R\$ 300,60

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Retra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL OU HOSPITALAR A LASER, COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA REALIZAÇÃO DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER EM TODA A PERIFERIA RETINIANA (QUATRO QUADRANTES), DE PACIENTES COM RETINOPATIA DIABÉTICA AVANÇADA E RETINOPATIA DA PREMATURIDADE. PROCEDIMENTO REALIZADO APENAS UMA VEZ NA VIDA, POR OLHO. INCLUÍDAS QUANTAS SESSÕES DE LASER QUANTO NECESSÁRIAS PARA COMPLEMENTAR A PAN-FOTOCOAGULAÇÃO. PROCEDIMENTO TAMBÉM EM CARÁTER HOSPITALAR, POIS NA MAIORIA DOS CASOS SÃO REALIZADOS EM PACIENTES PREMATUROS INTERNADOS.

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Usuário: publico

■ Procedimento

Procedimento: 04.05.05.022-4 - RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão

Forma de Organização: 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino

Competência: 11/2019

☒ Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia

Complexidade: Média Complexidade

Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal) APAC (Proc. Principal)

Sexo: Ambos

Média de Permanência: 1

Tempo de Permanência:

Quantidade Máxima: 1

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos: 200

Atributos Complementares: Admite permanência à maior Cirurgias Eletivas

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 436,44

Serviço Hospitalar: R\$ 306,44

Total Ambulatorial: R\$ 436,44

Serviço Profissional: R\$ 130,00

Total Hospitalar: R\$ 436,44

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA O TRATAMENTO DE ADERÊNCIA DA CONJUNTIVA TARSAL NA CONJUNTIVA BULBAR (SIMBLÉFARO), COM OU SEM A COLOCAÇÃO DE LENTE DE SIMBLÉFARO.

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Usuário: publico

Procedimento

Procedimento: 04.05.05.037-2 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão

Forma de Organização: 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino

Competência: 11/2019

☒ Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia

Complexidade: Alta Complexidade

Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal) APAC (Proc. Principal)

Sexo: Ambos

Média de Permanência: 1

Tempo de Permanência:

Quantidade Máxima: 1

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos: 236

Atributos: Inclui valor da anestesia Cirurgias Eletivas Permite Informação de Equipe

Complementares: Cirúrgica

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 771,60

Serviço Hospitalar: R\$ 642,96

Total Ambulatorial: R\$ 771,60

Serviço Profissional: R\$ 128,64

Total Hospitalar: R\$ 771,60

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA O TRATAMENTO DE CATARATA (SENIL, TRAUMÁTICA, CONGÊNITA, COMPLICADA, E OUTRAS) COM USO DE FACOEMULSIFICADOR COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL ACRILICA OU DE SILICONE.LENTE INCLUSA NO PROCEDIMENTO.



Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

■ Procedimento

Procedimento: 04.05.03.013-4 - VITRECTOMIA ANTERIOR

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão
Forma de Organização: 03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera

Competência: 11/2019 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia
Complexidade: Média Complexidade
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal) APAC (Proc. Principal)
Sexo: Ambos
Média de Permanência: 1
Tempo de Permanência:
Quantidade Máxima: 1
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos
Pontos: 236
Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Cirurgias Eletivas Permite Informação de Equipe Cirúrgica

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 381,08	Serviço Hospitalar:	R\$ 271,08
Total Ambulatorial:	R\$ 381,08	Serviço Profissional:	R\$ 110,00
		Total Hospitalar:	R\$ 381,08

Descrição	CID	CBO	Lello	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	RUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSI-STE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA PARA REMOÇÃO DE VÍTREO EM CÂMARA ANTERIOR (PÓS TRAUMÁTICO OU COMO COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA POR ROTURA DE CÁPSULA POSTERIOR). PODE SER ASSOCIADO A FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO, FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LIO E FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LIO.